

Gulnara Gainullina, Pauliina Kolin

ASIAKKAIDEN VOIMAVAROJEN NÄ- KYMINEN KOTIHOIDON HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMASSA

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja

Maaliskuu 2015

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Gulnara Gainullina, Pauliina Kolin	Sairaanhoitaja	Maaliskuu 2015
Opinnäytetyön nimi		
Asiakkaiden voimavarojen näkyminen kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmassa		45 sivua 3 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kotkan kaupunki		
Ohjaaja		
Lehtori Sari Virkki		
Tiivistelmä		
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kotkan kotihoidon säännöllisten asiakkaiden voimavarojen näkymistä heidän hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Kotona kokonainen elämä -hanketta.</p> <p>Tavoitteena oli luoda teoratiedon pohjalta voimavaramalli, jonka avulla kotihoidon säännöllisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista etsittiin mallissa esiintyviä voimavaroja. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa haettiin teoratietoa voimavaroista. Toisessa vaiheessa hankkeelta saatu aineisto (n=90) käytiin läpi sisällönanalyysillä ja laskettiin voimavarojen esiintyvyys, joka on ilmoitettu prosenttiosuuksina.</p> <p>Tutkimustuloksissa ilmeni, että voimavaroja on kirjattu jonkin verran. Fyysisten voimavarojen osuus oli selkeästi suurin. Seuraavaksi eniten oli kirjattuna sosiaalisia voimavaroja, kaikkein vähiten taas psyykkisiä voimavaroja. Yllättävää tutkimuksessa oli sosiaalisten voimavarojen näkyvyys ja asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon ja heidän saamiinsa palveluihin. Iäkkäiden positiivinen elämänasenne tuli esille useassa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, ja se päätettiin lisätä uutena voimavarana psyykkisten voimavarojen alle.</p> <p>Voimavarojen kirjaaminen antaa kokonaiskuvan asiakkaan toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä. Hoitotyön toimintojen kirjaamisen sijaan tulisi keskittyä asiakkaan voimavarojen kirjaamiseen. Voimavarojen näkyminen antaa hoitajalle kokonaisvaltaisen kuvan asiakkaasta ja antaa asiakkaalle mahdollisuuden asua kotona mahdollisimman pitkään, kun voimavaroja osataan hyödyntää toimintakykyä ylläpitävässä hoitotyössä.</p>		
Asiasanat		
kotihoito, voimavara, vanhus, toimintakyky		

Author (authors) Gulnara Gainullina, Pauliina Kolin	Degree Bachelor of Health Care	Time March 2015
Thesis Title Appearance of Clients' Resources at Home Care		45 pages 3 pages of appendices
Commissioned by City of Kotka		
Supervisor Sari Virkki, Senior Lecturer		
<p>Abstract</p> <p>The objective of this thesis was to figure out, how home care clients' resources are written in their care and service plans. This thesis was made together with Kotona kokonainen elämä- project.</p> <p>The main purpose was to create a model of resources for the elderly which can be used to find these resources in clients' care and service plans. In the first stage of the thesis a theory concerning resources was searched for. In the second stage of the thesis all the material that was collected from the project was analyzed and the appearance of the resources was calculated. The amount is announced by percentage.</p> <p>The results showed that resources had been written down a little at some point, and at some point there were more resources written down. Physical resources were written most. The next most recorded resources were social. The least written down were psychological resources. The surprising thing in the thesis was how well social resources were written down in clients' plans and how satisfied clients were with the service they are having. Elderly people's positive attitude for living came up in many plans and it was decided to add in the model of resources.</p> <p>The appearance of resources gives a holistic picture about clients' performance and how they are coping at home. Instead of writing about what to do in clients' home staff needs to focus on writing down their resources. The appearance of resources gives a holistic picture about the clients and gives them opportunity to live at home as long as possible, when staff can benefit from all known resources in their daily working.</p>		
<p>Keywords</p> <p>home care, resource, elderly, performance</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KOTKAN KOTIHOITO	6
2.1	Vanhuspalveluja ohjaavat tahot.....	8
3	KOTIHOIDON ASIAKKAAN VOIMAVARAT	10
3.1	Fyysiset voimavarat	12
3.2	Psyykkiset voimavarat	15
3.3	Sosiaaliset voimavarat.....	19
3.4	Voimavaramalli	21
4	KOTIHOIDON HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA.....	23
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	23
6	TUTKIMUSMENETELMÄT	24
6.1	Aineiston sisällönanalyysi	25
6.2	Otanta ja kohderyhmä	26
6.3	Tutkimuksen toteutus.....	26
6.4	Aikataulu ja kustannukset	27
7	TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1	Fyysiset voimavarat	28
7.2	Psyykkiset voimavarat	30
7.3	Sosiaaliset voimavarat.....	32
7.4	Johtopäätökset	33
8	POHDINTA	34
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	34
8.2	Tutkimustulosten tarkastelu	36
8.3	Jatkotutkimusaiheet	37
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	
	Liite 1. Fyysiset voimavarat	
	Liite 2. Psyykkiset voimavarat	
	Liite 3. Sosiaaliset voimavarat	

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä ja palvelurakenteen muuttuessa kotihoidon palveluja tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän. Vuoden 2012 lopulla Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän laskennan perusteella 11,9 % 75 vuotta täyttäneistä oli säännöllisen kotihoidon asiakkaina (Kotihoidon laskenta 2012).

Suomalaisten ikääntyessä koko väestörakenne tulee muuttumaan, jolloin kunnilla on oltava valmiudet muokata palveluitaan kohderyhmälle sopivaksi. Valtakunnallinen tavoite onkin, että vuoteen 2017 mennessä 75 vuotta täyttäneistä jo 13 - 14 % saisi säännöllisiä kotihoidon palveluja (Laatusuositus 2013, 39).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin. Sen tavoitteena on hyvinvointierojen kaventuminen ja asiakaslähteisten palvelurakenteiden järjestäminen (STM 2012, 4 - 5). Yksi sen osaohjelmista on ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistaminen. Osaohjelma painottaakin yksilöllisesti suunniteltuja kotiin annettavia palveluja ja asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa hänen elämänsä koskeviin päätöksiin (STM 2012, 24).

Kotona kokonainen elämä -hanke on Kaste-ohjelman alainen kehittämishanke. Teemoja ovat palvelutarpeen arviointi ja hyvinvoinnin edistäminen, kotihoidon sisällön ja työprosessien kehittäminen, muistisairaiden palveluiden kehittäminen sekä saattohoito osana hyvää elämää. Hankkeessa on mukana 22 kuntaa, jotka ovat jakautuneet neljäksi osakokonaisuudeksi. Hankkeen tavoitteita ovat ikäihmisten aktiivisuuden lisääminen, saada heidät mukaan vaikuttamaan, työntekijöiden resurssien kohdistaminen ikäihmisten kanssa tehtävään työhön, toimivan palveluketjun takaaminen sekä kotisaattohoidon vahvistaminen moniammatillisen työryhmän avulla (Kotona kokonainen elämä 2014). Etelä-Kymenlaakson osakokonaisuuteen kuuluvat Kotka, Hamina, Pyhtää, Virolahti ja Miehikkälä. Pääpaino kehittämishankkeessa tällä alueella on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen antamalla hänen itse olla mukana vaikuttamassa (Kotona kokonainen elämä 2014).

Tämä opinnäytetyö toteutetaan osana Kotona kokonainen elämä – Etelä-Kymenlaakson osakokonaisuus -hanketta, jossa tutkimuksen tarkastelun koh-

teenä on vain Kotkan kaupunki. Tavoitteenamme on luoda malli, jonka avulla voimavaroja voidaan arvioida Kotkan kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista ja sen jälkeen testata mallia säännöllisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Kotkan kaupungin vanhustenhuollon strategiassa kehoitetaan suunnittelemaan palvelut asiakaslähtöisesti, jolloin hoito- ja palvelusuunnitelmassa on arvioitu asiakkaan voimavarat ja tarpeet. Kotihoidon palvelusällön määrittelyssä ohjataan määrittelemään potilaan hoitoisuus, joka Kotkassa tehdään Rava-mittarin avulla. Se kuvaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja on kokonaisvaltainen toimintakyvyn mittari. Toimintakyvystä tulee myös kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Kotkan vanhustenhuollon strategia 2008 - 2015, 26, 68).

Koska olemme molemmat työskennelleet kotihoidossa, halusimme tehdä kotihoidon hoitoon liittyvän opinnäytetyön. Tiedusteltuamme sopivaa aihetta kotihoidon johdolta meille tarjottiin mahdollisuutta tehdä tutkimus Kotona kokonainen elämä -hankkeelle. Oma kokemuksemme kotihoidosta on se, että usein keskittyyään vain toimintakyvyn heikkenemiseen eikä tunnisteta ikäihmisissä niitä jäljellä olevia voimavaroja.

2 KOTKAN KOTIHOITO

Kotihoidolla tarkoitetaan ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä edistäviä toimenpiteitä ja palveluita sekä asiakkaiden kodeissa tapahtuvaa kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa. Kotkassa on yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoito kotihoidoksi vuonna 2002. Kotihoidon palvelujen sisällöksi Kotkassa on määritelty palveluohjaus, hoito- ja hoivatyö, kodinhoito, yhteistyö sekä tukipalvelut (Etelä-Kymenlaakson kotihoidon kriteerit, 6 - 8).

Kotkassa kotihoito on jaettu alueelliseen ja keskitettyyn kotihoitoon. Alueelliseen kotihoitoon kuuluu kolme aluetta, jotka ovat Karhula, Kotkansaari ja Länsi-Kotka. Keskitettyyn kotihoitoon kuuluvat kotisairaala, päiväsairaala, SAS-toiminta (selvitä - arvioi - sijoita), ostopalvelut ja yli 18-vuotiaiden omaishoidon tuki lukuun ottamatta kehitysvammaisia (Vanhustenhuollon strategia 2008 – 2015, 26 - 27).

Tässä työssä tarkastelun kohteena ovat säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat. Säännölliset kotihoidon asiakkaat ovat pitkäaikaista hoitoa tarvitsevia henkilöitä joiden toimintakyvyn aleneminen edellyttää avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa selviytymiseen. Säännöllisen kotihoidon palvelun tarkoitus on tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään. Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin perusteella luodaan asiakkaalle sopivat palvelut, ja dokumenttina niistä laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Palveluja suunniteltaessa tulee ottaa huomioon asiakkaan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet sekä tukea asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien perusteella peritään kuukausimaksua, joka perustuu asiakkaan bruttokuukausituloihin (Etelä-Kymenlaakson kotihoidon kriteerit, 4 - 6).

Kotkan kaupungin tämänhetkinen vanhustenhuollon strategia on voimassa 2008 – 2015. Yksi suurista linjauksista on kotihoidon toimintamallin laajeneminen ja painopiste onkin suurilta osin kotihoidon kehittämisessä. Vuonna 2007 Kotkan kotihoidon palvelujen piirissä oli n. 23 % 75 vuotta täyttäneistä (Vanhustenhuollon strategia 2008 – 2015, 1).

Kotkan kaupungin vanhustenhuollon strategiassa asiakaslähtöisyys tuodaan useasti esille. Vanhustenhuollon arvoissa ja periaatteissa korostetaan eettistä ja asiakaslähtöistä palvelua. Palvelut tulisi suunnitella ja toteuttaa yhdessä asiakkaan kanssa ja tehdä yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat. Työmme aihe, eli voimavaraisuus on myös aiheena strategiassa. Asiakkaan palveluja suunniteltaessa on otettava huomioon hänen voimavaransa (Vanhustenhuollon strategia 2008 – 2015, 26).

Vastuuhoitajamallissa asiakkaalle on nimetty oma vastuuhoitaja. Vastuuhoitajan keskeisiin tehtäviin kuuluu vastuun ottaminen toisesta ihmisestä, hoidon kokonaisuuksien hallinta ja toimiva tiedonkulku. Tällöin hoitajan tulee tuntea asiakas sekä hänen tapansa, tarpeensa, kykynsä ja toiveensa (Niemi 2006, 26). Kotkan kotihoidossa vastuuhoitaja nimetään viimeistään kaksi viikkoa palvelusuhteen alkamisesta. Vastuuhoitajalle kuuluu toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Minkä tahansa ammattiryhmän edustaja voi toimia vastuuhoitajana, tarkoittaen kotihoidossa joko kotiavustajaa, kodinhoitajaa, lähihoita-

jaa tai sairaanhoitajaa. Myös asiakkaan toimintakyky ja palveluntarve määrittää, minkä ammattiryhmän edustaja vastuuhoidajaksi valitaan (Haimi- Liikkanen 2013).

2.1 Vanhuspalveluja ohjaavat tahot

Ikääntyneen väestön hyvinvointia ja iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saantia halutaan turvata lainsäädännöllä. 1.7.2013 tuli voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, toisin sanoen vanhuspalvelulaki.

Lain tarkoituksena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttumalla ajoissa toimintakyvyn heikkeneemiseen ja sen riskitekijöihin, turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy sekä määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. Laki ohjaa kuntia tekemään suunnitelman, jossa on arvioitava väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä, palveluntarvetta ja saatavilla olevia palveluja. Saadakseen tietoa palvelujen riittävydestä kunnan on kerättävä tietoa sekä palveluja käytäviltä että henkilöstöltä. Myös taloudelliset voimavarat ja henkilöstön määrä ja osaaminen on kartoitettava. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 5. - 6. §.)

Palvelut on järjestettävä niin, että ne on mahdollista saada suomen tai ruotsin kielellä ja että ne vastaavat sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan kunnan tarpeita. Kunnalla on oltava käytettävissään riittävästi erikoisalojen tuntemusta, vähintään kuitenkin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä suun terveydenhuollon alalta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 8. - 10. §.)

Kuntien päättäjien tueksi on koottava vanhusneuvosto, joka on otettava mukaan päättämään ikääntyneiden palveluita suunniteltaessa ja järjestettäessä. Lisäksi erilaisilla neuvontapalveluilla saadaan taattua riittävä tiedonsaanti

oman kunnan palveluista. Iäkkäälle on tarjottava palveluja, jotka vastaavat hänen tarpeisiinsa ja jotka tukevat hänen terveyttä, toimintakykyä, itsenäisyyttä ja osallisuutta. Palveluntarpeen arvioijan on oltava laissa määritelty ammattihenkilö, esimerkiksi sosiaaliohjaaja, lähihoitaja tai sairaanhoitaja. Kartoitus tulee tehdä yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa käyttäen monipuolisesti erilaisia mittareita ja huomioimalla kaikki toimintakyvyn osa-alueet. Laki ohjaa tekemään arvioinnista kirjallisen palvelusuunnitelman. Lisäksi kunnan on nimettävä iäkkäälle vastuutyöntekijä, jonka kelpoisuus on myös määritelty laissa. Vastuutyöntekijän tehtävänä on valvoa palvelusuunnitelman toteutumista ja palvelutarpeen muutoksia, olla yhteydessä yhteistyötoihin sekä antaa ohjausta ja neuvoa palveluihin ja etuuksiin liittyvissä asioissa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 11. - 17. §.).

Terveydenhuollon ammattihenkilön tai viranomaisen, jonka palveluja apua tarvitseva ikääntynyt joutuu käyttämään, on välittömästi salassapitosäännösten estämättä ilmoitettava avuntarpeesta kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle. Laki mainitsee myös ilmoitusvelvollisuuden kotiutustilanteessa, jolla taataan hoidon jatkuvuus. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 25. §.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen viimeisimpänä vuonna 2013. Suosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistä sekä valvoa iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) ja Kaste-ohjelman ikäihmisten palvelurakenteeseen liittyvän osa-ohjelman toimeenpanoa (Laatusuositus 2013, 3).

Laatusuositus on tarkoitettu ensisijaisesti vanhuspalvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kunnille ja niiden päättäjille. Lisäksi sitä voivat hyödyntää mm. sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat, kaikki alan ammattilaiset sekä myös kolmannen sektorin toimijat. Sen kokonaistavoitteena on turvata väestölle mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Laatusuosituksen keskeisiä sisältöjä ovat osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympä-

ristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat, johtaminen. Jokaisella näistä sisältöalueista on tarkennetut suositukset. (Laatusuositus 2013, 3 - 5.)

3 KOTIHOIDON ASIAKKAAN VOIMAVARAT

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleisesti yksilön edellytyksiä ja mahdollisuuksia selviytyä erilaisista päivittäisistä tehtävistä ja haasteista. Vanhusten toimintakykyä voidaan kuvata sillä, miten hän selviää päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyky on sidottu tiettyyn toimintaympäristöön ja muotoutuu vuorovaikutuksen ansiosta. Pelkät sairaudet yksinään eivät riitä kuvaamaan sitä, miten vanheneminen vaikuttaa iäkkäiden ihmisten itsenäiseen selviytymiseen ja millaista apua he tulevat tarvitsemaan yhteiskunnalta tai omaisilta, jolloin toimintakyvyn eri mittareita tarvitaan kuvaamaan vanhuksen toimintakykyä. (Starck-Pirsanen 2009, 7 - 8.)

Terveys 2015 -ohjelman mukaan yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paraneminen tulisi säilyä samanlaisena kuin viimeiset 20 vuotta. Koska väestö vanhenee nopeasti, tulee ikääntyneille järjestää riittävät palvelut ja tukea arjessa selviytymistä. Ikääntyneiden terveyttä pyritään edistämään useilla erilaisilla keinoilla alueellisesta tai sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Terveys 2015 -ohjelma painottaa iäkkäiden toimintakyvyn säilyttämistä ja ylläpitämistä ja varhaisessa vaiheessa toteutunut terveyden edistäminen parantaa mahdollisuuksia säilyttää voimavaroja ja selviytyä itsenäisesti. (STM 2012.)

Siirryttäessä 75-vuotiaista vanhempiin ikäryhmiin fyysinen toimintakyky ja kognitiiviset toiminnot heikentyvät huomattavasti. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen heikkenee jyrkästi 80 - 85 -vuotiailla (Valta 2008, 14). Ikääntyessä toimintakyky laskee hyvin yksilöllisesti. Iäkkäiden ihmisten omien arviointien mukaan keskeinen elämänlaatua heikentävä tekijä on juuri toimintakyvyn heikkeneminen. Se vaikuttaa muun muassa elämän tarkoituksellisuuden kokemiseen ja heikkenemiseen. Esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, kuten liikkumisvaikeudet ja kivut, kaventavat sosiaalisen osallistumisen mahdollisuuksia ja asioiden hoitoa kodin ulkopuolella ja saattavat aiheuttaa yksinäisyyden tunteen lisääntymistä. (Starck-Pirsanen 2009, 8.)

Toimintakyky on merkittävä mittari, joka kertoo kuinka ihminen selviytyy itsenäisesti. Yleensä toimintakyky heikkenee iän myötä. Toimintakyky jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja niiden toivotaan säilyvän niin, että yksilö pystyy huolehtimaan itsenäisesti omista asioistaan mahdollisimman pitkään. Toimintakyky voi heikentyä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vuoksi. Erilaisilla hoito-, kuntoutus- ja palvelukokonaisuuksilla toimintakykyä voidaan myös edistää. Koti ja toimintaympäristö ovat edellytyksiä vanhuksen kotona selviytymiselle, suurin osa vanhuksista haluaa yleensä asua kotona. (Starck-Pirsanen 2009, 8.)

Toimintakyky vaihtelee ikääntymisen aiheuttamien terveyteen liittyvien muutosten ohella. Tähän vaikuttaa se, miten tärkeänä yksilö toimintakykyänsä pitää. Toimintakykyinen vanhus pystyy toimimaan vuorovaikutuksessa, asettamaan tavoitteita ja pyrkimään niihin. Toimintakykyä määriteltäessä keskeisen ajatuksena on yksilön selviytyminen elämän jokapäiväisistä vaatimuksista sekä päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyvyn heikkeneminen nopeutuu nykyisin monilla 80. ja erityisesti 85. ikävuoden jälkeen, jolloin toimintarajoitukset alkavat haitata entistä selvemmin totuttua elämänrytmiä. Toimintakyvyn heikkenemistä voidaan kuitenkin ehkäistä, jos vanhus saa oppia uutta ja sopeutuu toimintakyvyn muutoksiin. (Starck-Pirsanen 2009, 8 - 10.)

Voimavarat muodostavat perustan ihmisen toimintakyvylle. Ulkonaisesti samanlaisessa elämäntilanteessa olevat ihmiset voivat kokea hyvinkin eri tavalla oman selviytymisensä. Ihmisellä on erityyppisiä voimavaroja, ja ne kaikki vaikuttavat yhdessä hänen kykyynsä selviytyä kotona. Voimavarojen voidaan katsoa myös olevan subjektiivisia kokemuksia omista kyvyistään ja mahdollisuuksista saavuttaa omat, henkilökohtaiset tavoitteet. (Turjamaa 2014.)

Fyysiset voimavarat liittyvät asiakkaan kehoon ja elintoimintoihin. Henkiset voimavarat ovat puolestaan ihmisen persoonallisuus, kognitiiviset toiminnot sekä mielenterveys. Kognitiiviset toiminnot liittyvät asiakkaan älyllisiin toimintoihin, kuten havaitsemiseen, aistimiseen, muistiin, oppimiseen, ongelmanratkaisukykyyn sekä kykyyn selviytyä uusista tilanteista. Mielenterveys tarkoittaa ihmisen psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallista kasvua. Sosiaaliset voimavarat liittyvät toisten ihmisten kanssa tapahtuvaan vuorovaiku-

tukseen ja toimintoihin esimerkiksi parisuhteessa, perheessä, ystävien ja tuttavien kanssa. (Starck-Pirsanen 2009, 10 - 11.)

Kotkassa päivittäisten toimintojen arviointiin käytetään Rava - toimintakykymittaria. Se on Eero Vaissin ja Tapio Rajalan kehittämä ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnin mittari, joka on otettu käyttöön vuonna 1989. Sen kehittämisestä vastaa FCG Oy ja on nykyisin Kuntaliiton omistama. Rava mittaa ensisijaisesti päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä. Testissä tarkasteltavia toimintoja ovat näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. Vastausten perusteella määritellään rava- luokka asteikolla 1 - 6, jossa luokka 1 vastaa satunnaista avun tarvetta ja luokka 6 täysin autettavaa (RAVA™ - mittari, 2011 - 2014).

3.1 Fyysiset voimavarat

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoistaan, kuten liikkuminen, syöminen, juominen, nukkuminen, pukeutuminen, peseytyminen ja WC:ssä käynnit. Toimintakykyä käytetään vanhustyössä lähtökohtana avuntarpeen määrittämiselle. Toimintakyky voi kuvata iän, terveyden ja olosuhteiden myötä tapahtuvaa toimintakyvyn osa-alueiden muutosta. Kun kiinnitetään huomiota toimintakykyyn, on otettava huomioon myös ne elinolosuhteet, joissa kukin henkilö elää (STM 2006, 4).

Fyysistä toimintakykyä mitataan fyysisen toimintakyvyn testillä. Testi sisältää mm. lihasvoiman, nopeuden ja tasapainon mittaamista. Testistä voi parhaimmillaan saada 12 pistettä. Kotkan kaupungin käyttämä fyysisen toimintakyvyn testi mukailee Bergin tasapainotestiä, englanniksi Berg Balance Scale eli BBS (Bergin tasapainotesti, 2011 - 2014).

Ympäristö voimavarana voi tarkoittaa kotia, oman asunnon toimivuutta tai liikumavapautta. Vaikka usein kiinnitetään huomiota vain siihen, miten ikääntynyt pärjää omassa kodissaan, on myös otettava huomioon siihen ympäristöön liittyvä historia ja muistot. Ympäristön merkitys korostuu erityisesti kotihoidossa ja kodinomaiseen ympäristöön tulisi pyrkiä. Se antaa ikääntyneelle koke-

muksia mm. vapaudesta ja itsemääräämisoikeudesta, elämänhallinnan tunteesta ja omatoimisuudesta, turvallisuudentunteesta ja mahdollisuudesta ilmaista tunteita. (Valtioneuvoston kanslia 2004, 71 - 72.)

Vanhuksien kotona selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi terveyden ylläpito, apuvälineet, ruokavaliot ja liikkuminen vaikuttavat asiaan. Näitä ovat linja-autojen ja taksin sekä kuljetuspalvelujen käyttö, saattaja- ja ulkoulutusavut, asuminen ja ympäristö sekä asunnon muutos- ja korjausavustukset (Starck-Pirsanen 2009, 11). Aistitoiminnot heikentyvät iän myötä. Yli 55-vuotiailla kuulo alkaa heiketä n. 9 desibeliä kymmenessä vuodessa. Kuulon alenema voi heikentää itsetuntoa, aiheuttaa eristäytymistä ja mielenterveyshäiriöitä sekä altistaa vaaratilanteille. Markkinoilla on saatavilla erilaisia apuvälineitä, kuten kuulokojeita, jotka helpottavat arjessa selviytymistä (Duodecim 2012). Ikänäkö on normaali ikääntymiseen liittyvä ilmiö. Erilaiset sairaudet, kuten kaihi ja glaukooma heikentävät näköä. Hoitona heikentyneeseen näköön ovat silmälasit tai leikkaus (Duodecim 2013). Koska aistitoimintojen heikentyminen on luonnollinen ja tunnettu ilmiö sekä toisaalta hyvinkin yksilöllistä, voidaan niiden säilyminen itsellä nähdä voimavarana. Esimerkiksi lukeminen ja television katselu ovat monille mielekästä tekemistä, jolloin sen mahdollisuuden säilyttäminen aistien toimintakyvyn ylläpitämisen avulla ovat voimavara.

Monet iäkkäät kotihoidon asiakkaat selviävät itse arjen askareista, kuten valmistavat itse ruokansa, lämmittävät ruokaa, leipovat vapaa-ajalla ja osallistuvat itse kodin siistinä pitoon. Asiakkaat myös huolehtivat lääkehuollosta, he itse hakevat lääkkeit apteekista ja huolehtivat itsenäisesti lääkkeiden otosta. Näin asiakkaiden elämänlaatu pysyy tasaisena ja asiakas hallitsee itse elämänsä; tietää terveellisen ruoan vaikutukset, on tyytyväinen, onnellinen ja pystyy selviytymään päivän askareista itsenäisesti. Vaikka asiakkailla on monenlaisia sairauksia, silti osa pystyy hoitamaan kotia ja omaa terveyttä.

Koti laajasti ymmärrettynä on asukkaan ja elinympäristön välinen suhde. Tämä suhde toimii, jos koti mukautuu asukkaan muutoksiin. Kodista ei aina tarvitse tehdä laitospaistia, joskus pelkkä kynnyksen madaltaminen riittää. (Sepänen ym. 2007, 123.)

Hoitohenkilökunnalle, omaisille ja iäkkäälle itselleen kuuluu huolehtia omasta ravitsemuksesta (Salo 2012, 52). Syömällä terveellisesti iäkkäiden fyysinen hyvinvointi ja elämänlaatu paranevat. Terveellisellä ruoalla voidaan ennaltaehkäistä sairauksia ja ylläpitää toimintakykyä. (Salo 2012, 53.)

Suomalaisen väestön ikääntyessä myös vanhusten alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Suurin muutos eläkeläisten keskuudessa on lisääntynyt alkoholin säännöllinen käyttö. Kulutus on suurinta juuri eläkeiän ylittäneillä ja heitä hiukan vanhemmilla. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen vaatii ammattitaitoa ja osaa-vaa henkilökuntaa (THL 2012). Kotkan kotihoidossa on käytössä alkoholin riskikäytön tunnistamista varten Audit-kysely, eli Alcohol Use Disorders Identification Test. Se mittaa senhetkistä alkoholin kulutusta ja sopii myös toimintakyvyn arviointiin huomioimalla alkoholista johtuvat seuraukset ja ongelmat (Audit-kysely).

Vuosituhaten alussa Suomessa tehdyssä Terveys 2000 -tutkimuksessa kartoitettiin mm. ikäihmisten suun terveyttä. Sairaudet, lääkkeiden käyttö ja toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttavat merkittävästi suun hoitoon ja sen terveyteen (Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, 7). Kotihoidon kartoituskäynnillä tulisi muistaa kysyä suun terveydestä, ja liittää suunnitelma päivittäisestä suun hoidon toteuttamisesta hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Vastuuhoitajalla on suuri rooli asiakkaan suun hoidon toteutumisesta, ja tärkeää on tukea suuhygienian ylläpitämistä ja tarvittaessa ohjata asiakas hammashoitolaan. (Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, 51 - 53.)

Avohoidon kehittyessä myös tekniikka kehittyy, ja nykyään on saatavilla paljon erilaista teknologiaa, joka on luotu auttamaan vanhusta pärjäämään ja selviytymään itsenäisesti. Sähkölaitteita on kehitetty turvallisemmaksi ja markkinoilla on esimerkiksi ajastettuja liesiä ja etäohjattavia kytkimiä. Lisäksi turvarannekkeet ovat suuressa suosiossa – niiden avulla asiakas voi hälyttää apua kotiin ajankohdasta riippumatta. Tekniikalla pyritään ratkaisemaan osa niistä ongelmista, jotka johtuvat vanhusväestön kasvavasta määrästä (Savola & Riekkilä 2003, 1001 - 1006).

Kuntoutus on hyvin moniulotteinen käsite. Sillä voidaan tarkoittaa ihmisen toimintakyvyn parantamista, itsenäisyyden ja hyvinvoinnin tukemista. Kuntoutus

on myös ihmisen voimavarojen ja hallinnan tunteen lisäämistä. Kuntoutuksen tavoitteena on vaikuttaa koko väestön toimintakykyyn; se on siis samalla yhteiskunnallinen järjestelmä (Kuntoutusportti 2014). Veteraanikuntoutus on ollut lakisääteistä vuodesta 1996. Toiminta vastaa ikääntyvän kohderyhmän tarpeita. Veteraanikuntoutuksessa voidaan hyödyntää esimerkiksi kuntosaliharjoittelua, apuvälineitä ja yhteistyökumppaneiden kanssa toimimista. Tavoitteena on pitää veteraani hyvässä kunnossa sekä fyysisesti että psyykkisesti ja turvata kotona asumista. Kuntoutuksessa iäkkäillä on mahdollisuus aktiivisesti osallistua ja vaikuttaa kuntoutussuunnitelman laadintaan. Kuntoutusta arvioidaan sovituilla mittareilla (Vanhustenhuollon strategia 2008 – 2015, 43 - 45).

3.2 Psyykkiset voimavarat

Psyykkisen toimintakyvyn erityispiirre on se, miten yksilö on suhteessa sisäiseen todellisuuteensa eli miten hän kytkee toimintansa tavoitteet, tiedonkäsittelytoimintonsa sekä minäkäsityksensä omaan toimintaansa. Psyykkisen toimintakyvyn keskeinen tunnusmerkki onkin, miten yksilö on suhteessa ulkoiseen ja sisäiseen todellisuuteensa ja kuinka hän kokee kykenevänsä vaikuttamaan niihin (Heikkinen & Marin 2002, 120).

Kotkan kotihoidossa on käytössä Geriatric depression scale eli GDS-15, joka on myöhäisiän depressioseula. Sillä kartoitetaan erityisesti ikääntyneiden masennusoireita. Kysely sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä/ei-vastauksin. Vähintään 10 kyllä-vastausta viittaa mahdolliseen masennukseen. (GDS-15, myöhäisiän depressioseula 2011 - 2014.)

Muistitoiminnot muuttuvat ikääntyneillä yksilöllisesti ja niihin vaikuttavat muut sairaudet, motivaatio, asenteet, sosiaaliset tekijät ja masentuneisuus (Valta 2008, 14). Dementoivat sairaudet ovat Suomessa hyvin yleisiä. Jopa 120 000 henkilöllä kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt ja 35 000 kärsii lievistä muistioireista. Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus Suomessa. Muita sen ohella ovat esim. Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen dementia ja Parkinsonin tauti. Niiden oireita ovat mm. unettomuus, masennus ja käyttäytymishäiriöt. (Käypä hoito-suositus 2010.) Muistisairauksiin ei toistaiseksi ole parantavaa hoitoa, ja muistiongelmien ovatkin suuri syy kotihoidon palveluiden tarpeelle. Ammattilaisten (esim. kotihoito) sekä läheisten ja omaisten tehtävänä on yllä-

pitää ja tukea fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 126).

Mini-mental state examination eli MMSE on ammattilaisten laatima testi, joka on paljon käytetty dementoivien sairauksien selvittelyissä. Se sopii apuvälineeksi niin lääkäreille kuin hoitajillekin ja sopii parhaiten keskivaikean sairauden selvittämiseen. Testi on kuitenkin kehitetty seulontaa varten, eikä yksin sovellu diagnoosin tekemiseen. Testi käsittää 19 kysymystä, jotka mittaavat erilaisia kognitiivisia toimintoja, kuten ajan hallintaa, puhetta ja kirjoittamista. Testiin kuuluu mm. sanojen toistoa, laskutehtävä ja mieleen palauttamista. Pisteitä voi saada maksimissaan 30, ja jo 27/30 pistettä kertoo mahdollisesta heikentyneestä kognitiivisesta toimintakyvystä. Testin tekijän ei tarvitse välttämättä olla ammattihenkilö, mutta hänen on täytynyt saada koulutusta testin tekemiseen. (Mini Mental State- asteikko, 2011 - 2014.)

Psyykkisiä voimavaroja ovat luovuus, havaintokyky, verbaalinen ilmaisu, muisti, oppiminen, tunteet ja niiden hallinta, ongelmaratkaisutaidot, osaaminen ja ymmärtäminen. Myös elämänarvojen, kuten vakaumuksen, isänmaallisuuden ja henkisyyden voidaan katsoa olevan psyykkisiä voimavaroja (Valtioneuvoston kanslia 2004, 75 - 76).

Mielenterveyshäiriöihin liittyy kokemus itsensä kadottamisesta, jolloin itsetuntemuksen lisääntyminen ja voimaantuminen korostuvat. Itsetuntemuksen lisääntyminen käsittää menneisyyden hyväksymisen ja merkityksen löytämisen sairastumiselle. Se onnistuu psyykkisten voimavarojen avulla. Avaintekijöitä ovat tiedon etsiminen, kontrollin ottaminen, itsetunnon kehittäminen, itsevarmuuden löytäminen ja elämän rakentaminen. Toipumisen kannalta tärkeää on osallistuminen ja sosiaalisen tuen löytäminen, joiden kautta on mahdollista saada elämälle uutta tarkoitusta ja elämänhallintaa (Kuhanen, Oittinen & Kanner 2012, 194).

Vanhusten elämänhallintataitoja on tutkittu paljon, mutta selvää näyttöä niiden säilymisestä ei ole. Useat ovat sitä mieltä, että ne kypsyvät ja kehittyvät iän myötä. Iäkkäällä on aina mahdollisuus palata niihin selviytymismalleihin, joilla on aikaisemmin elämässään pärjännyt (Valtioneuvoston kanslia 2004, 40).

Muistelun ja muistojen omaelämäkerrallisuudelta edellytetään yleensä sitä, että muistellut tapahtumat on koettu itse, että niissä on oltu jollakin tavoin osallisina tai että ne ovat koskettaneet itseä. Tosin myös omaelämäkerralliset muistot voivat täydentyä yhteisesti jaetun muistelun piirteillä: omaan elämäntarinaamme voi punoutua myös toisilta kuulemaamme. Sukupolvelta toiselle välittyvät muistot niin ikään paitsi säilyttävät myös muokkaavat menneisiin aikoihin liittyviä kertomuksia. (Heikkinen & Marin 2002, 183 - 184.)

Muistelu itsessään on tunnustettu niin yhdessä muiden kanssa tapahtuvana kuin yksilöllisenäkin muisteluna henkilökohtaiseksi oman identiteetin lujittamisen ja elämän hallinnan resurssiksi. Muistelulla on monenlaisia rooleja ja tehtäviä: positiivisimmillaan se on elämänjärjestystä ylläpitävä voimavara, toiminnallinen elämänhallinnan strategia, mutta joskus myös ajatuksiin kutsumatta tunkeutuva mielentilan tyyneyden häiritsijä. Oman menneisyyden tunnistaminen ja sen vähemmän miellyttävienkin muistojen hyväksyminen voi auttaa ikääntymisen tunteiden hallinnassa. (Heikkinen & Marin 202 - 203.)

Arkielämän nostalgia heijastuu muisteluissa monin tavoin: nostalgia voi yhdistyä kokonaisvaltaisesti menneeseen tai vain osaan siitä, kuten lapsuuden kotimaisemiin tai miellyttäviä muistoja herättäviin esineisiin. Muistot sitovat muistelijan paikkoihin, jotka ovat osa hänen persoonallista historiaansa ja hänelle itselleen merkityksellisiä. (Heikkinen & Marin 2002, 199.) Ikääntyneillä on elämäkokemuksen myötä kertynyttä kokemuksellista tietoa, joka tarjoaa lähtökohdat oppimistoiminnalle. Iäkkäiden elämän kokemukset ja tiedot toimivat soveltavan ja ongelmakeskeisen oppimisen pohjana (Heikkinen & Marin 2002, 107).

Heikkisen ja Marinin (2002) mukaan elämän arvot koostu iäkkäissä ihmisissä itsessään. Elämän voimavarat vaikuttavat ratkaisevaksi erilaisissa elämän haasteista selviytymiseen. Elämän voimavarat koostuvat tunteista ja hallinnasta, tiedosta, tahdosta, osaamisesta ja ymmärtämisestä. Oppimiskyky ja muisti liittyvät toisiinsa.

Aika, jolloin vanhus on syntynyt, elämäntapahtumat, perhe ja vanhemmat ovat asioita, jotka vaikuttavat siihen, miten iäkäs reagoi vanhuuteen ja sen mukana tuomiin haasteisiin. Selvitäksemme hyvin elämän matkassa iäkkäät tarvitsevat

mielen eheyttä, lujuutta, kykyä iloita muiden ihmisten kanssa ja uskallusta luottaa elämänkumppaniin. Elämä varustaa erilaisin eväin, toiset ovat lähtötilanteessa onnekkaampia. Minäkokemus on keskeisessä asemassa käyttäytymisen säätelyssä ja elämänhallintataidoissa. (Heikkinen & Marin 2002, 207 - 208).

Elämän arvo on eletty ikä ja se on vanhuuden voimavara. Ilot ja surut, vastuut, rakkaus, muisti kulkevat yhdessä ja niihin sopeudutaan. Hyvät ja pahat asiat palautuvat mieleen samankaltaisessa tunnetilassa, missä ne ovat aikanaan syntyneet. Jos voimavaroja on löytynyt, eletty aika kasvattaa luonnetta ja tekee viisaaksi. Elämäkokemus antaa pohjaa rakentaa vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa sekä oppia ymmärtämään toisten tunteita. (Heikkinen & Marin 2002, 222.)

Monet iäkkäät ovat olleet lapsuudessaan pyhäkoululaisia. Uskonnollinen kotikasvatus on jättänyt hyvät muistot ja tavat, iäkkäällä ihmisellä se näyttäytyy voimavarana nykyelämässä sekä mielenterveyden ja elämän tasapainossa. Pitkään eläneet ihmiset kokevat, että hyvän elämän ohjeet juontavat kristillisestä ajattelusta. Kristinuskon antaa vanhoille ihmiselle tulevaisuuden toivoa, vaikka he eivät uskoisikaan elämään kuoleman jälkeen. (Heikkinen & Marin 2002, 217.)

1900-luvulla suomalaisen kasvatuksen tavoitteena oli kasvattaa lapsista kuu-liaisia, nöyriä, rehellisiä ja ahkeria. Vastuu on ollut vapautta tärkeämpi ja sota-ajat korostaneet yhteisvastuutta. Isänmaallisuus iäkkäällä ihmisellä on tärkeä osa elämää. Sodasta selviäminen sai kaikki uskomaan, jos sodasta selvitä, kaikesta muustakin selvitään. Sota on merkinnyt ankaria oloja, vammautumisen ja kuoleman pelkoa sekä menetyksiä. (Heikkinen & Marin 2002, 220.)

UCL:ssä (University College London) on tehty tutkimusta kotona asuvien vanhusten elämänlaadusta. Elämänlaadun subjektiivinen kokemus syntyy monista tekijöistä, kuten esimerkiksi positiivisesta elämänasenteesta. Tutkimuksessa selvisi, että mahdollisuudella oman elämän hallintaan on suurempi merkitys vanhuksen elämänlaatuun kuin vaikkapa koulutuksella tai riittävillä tuloilla. (Bowling, Gabriel, Banister, Sutton 2002.)

3.3 Sosiaaliset voimavarat

lääkkäiden ihmisten sosiaaliset suhteet yleensä kaksinapaistuvat iän edetessä: toisaalta jäljelle jäävät aivan lähisuhteet (yleensä omaan perheeseen tai lähisukulaisiin) ja toisaalta syntyy yhä useampia suhteita viranomaisiin tai muihin institutionaalisiin tahoihin. Monesti tällaiset verkostosuhteet luodaan vanhuksen itsensä ulkopuolelta käsin. Nämä moniaineksiset tukiverkot ovat monen vanhuksen elinehto. Monet vielä aktiivivaiheessa eli ns. kolmannessa iässä olevat vanhukset voivat myös itse kutoa itselleen uutta verkostoa, joka pystyy auttamaan häntä toimintakyvyn heiketessä. Tähän verkostoon voi kuulua esimerkiksi naapureita, asuinalueen jäseniä, järjestöyhteyksiä ja esimerkiksi vapaa-ajan harrastusten mukanaan tuomia tuttavuuksia. (Heikkinen & Marin 2002, 105.)

Sosiaalisilla voimavaroilla on suora yhteys ihmisen terveyteen. lääkkäiden sosiaalisuus vaikuttaa oikeanlaiseen terveyskäyttäytymiseen kuten liikunnan lisäämiseen, ja sosiaalinen elämä mahdollistaa ikääntyneen vaikuttamaan omaan terveyteensä. Köyhyys, eriarvoisuus ja syrjintä heikentävät lääkkäiden terveyttä ja estävät sosiaalista kanssakäymistä. (Nummela 2009, s. 2110 - 2112.)

Vanhukset sosiaaliset voimavarat koostuvat yksilöllisyydestä, tasavertaisesta vuorovaikutussuhteesta, osallisuudesta, arvostuksesta ja kunnioituksesta sekä itsensä hyväksymisestä sellaisena kuin on. Nämä asiat edistävät sosiaalisen verkoston luomista (Savolainen 2003, 21).

lääkkäiden asiakkaiden on tärkeää osallistua itse asioiden järjestelyyn ja tekemiseen, esimerkiksi päivärytmin suunnitteluun ja kodin järjestelyyn. Vuorovaikutuksen luominen ammattihenkilöiden (kuten hoitajien ja fysioterapeuttien) kanssa on myös tärkeää kognitiivisten voimavarojen heiketessä, tämä edistää asiakkaan osallisuutta. (Iivanainen ym. 2007, 126.) Vanhuksen sosiaalinen verkosto voidaan jakaa seuraaviin tahoihin: hänen kanssaan asuvat perheenjäsenet (esim. puoliso), muualla asuvat perheenjäsenet ja sukulaiset, harrastusten ja virikkeiden kautta tulevat ystävyssuhteet, ystävät ja naapurit, ammattiauttajat (esim. kotihoito) ja elämän aikana syntyneet merkittävät ihmis-

suhteet, jotka saattavat olla vain muistoissa. (Valtioneuvoston kanslia 2004, 72 – 73.)

Kaste-ohjelma painottaa tavoitteissaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Osallisuuden tavoitteena on ihmisen vaikutusmahdollisuuksien lisääminen itseä koskevissa päätöksissä ja palveluissa. Yhteiskunnan tasolla sen voidaan katsoa tarkoittavan jokaisen mahdollisuutta toimeentuloon, terveyteen, koulutukseen, työhön, asuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin (STM 2012, 19 - 20). Kotihoidossa asiakaslähtöisyyden voidaan katsoa olevan luontevaa ja jopa itsensäanselvyyttä, koska palvelu ja hoito tapahtuvat ihmisen omassa kodissa. Näin ollen luonnollisesti asiakaslähtöisyyden käsitteeseen liittyvät valinnanvapaus, yksilöllisyys ja osallistuminen (Niemi 2006, 25, 53).

Taloudelliset voimavarat ovat olennainen osa ikäihmisten selviytymistä. Eläkejärjestelmät ovat vuosikymmenien aikana muuttuneet paljon: 1990-luvun puolessavälissä yli 65-vuotiaiden tuloista 90 % muodostivat eläkkeet. Silloin myös ikääntyneiden varallisuus kasvoi enemmän kuin minkään muun väestöryhmän. Voidaan siis katsoa suurimmalla osalla ikäihmisistä olevan jonkinlaisia taloudellisia voimavaroja. Elämänhallinnan tunnetta voidaan edistää sillä, että omat talouteen liittyvät asiat ovat hallinnassa ja kontrolloituja. Erilaiset yhteiskunnalliset tuet ja muut tulot mahdollistavat myös palveluiden ja tavaroiden hankkimisen, jotka myös vaikuttavat hyvinvointiin ja terveyteen. (Valtioneuvoston kanslia 2004, 60 - 63.)

Erilaiset harrastukset ovat yksi tapa ylläpitää psyykkistä toimintakykyä. Harrastusten merkitys tältä kannalta vaihtelee sen mukaan, opetteleeko yksilö uusia harrastuksia ja missä määrin harrastus vaatii erilaisia tiedonkäsittelytoimintoja. Harrastusaktiviteetin mukaan harrastus antaa erilaisia ärsykeitä eri tiedonkäsittelytoiminnoille. Iäkkäiden harrastuksia ovat useimmiten erilaiset kulttuuriset harrastukset (elokuvat, teatteri, museokäynnit, kirjallisuus), käden taitoja kehittävät harrastukset (metalli-, savi-, ja puu-, neuletyöt), erilaiset luontoharrastukset hyötyliikunnasta (marjastus, sienestys, kalastus, metsästys) luonnon kauneudesta nauttimiseen. (Heikkinen & Marin 2002, 132 - 133.)

Olennaista on myös vanhusten vireyden ylläpito kuten esimerkiksi, päiväkeskus- ja kerhotoiminnot kuten Kotkan Korttelikotiyhdistys ry. Veteraani- ja so-

tainvalidipalvelut pitävät sisällään kuntoutusjaksot. Vapaaehtoistyö, kuten esimerkiksi Kotkassa Punaisen risti tarjoama ystävätoiminta, tukee vanhusten kotona asumista. (Starck- Pirskanen 2009, 11.)

3.4 Voimavaramalli

Teorian pohjalta on päädytty jaottelemaan voimavarat kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan, ja taulukossa 1 ne on jaettu fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin voimavaroihin. Fyysisiä voimavaroja ovat ympäristö, päivittäiset toiminnot, liikkuminen, terveyden ylläpitäminen ja aistitoiminnot. Asiakkaan psyykkisiksi voimavaroiksi teorian pohjalta ovat muodostuneet kognitiiviset toiminnot, muistelu, elämänarvot ja elämänsenne. Sosiaaliset voimavarat taas kertovat asiakkaan sosiaalisesta verkostosta ja hänen sosiaalisista taidoistaan sekä taloudellista tilanteesta, harrastuksista ja järjestötoiminnasta.

Taulukko 1. Malli iäkkäiden voimavarojen tarkastelua varten

FYYSISET VOIMAVARAT	PSYYKKISET VOIMAVARAT	SOSIAALISET VOIMAVARAT
<ul style="list-style-type: none"> • päivittäiset toiminnot: <ul style="list-style-type: none"> ○ liikkuminen ○ syöminen ja juominen ○ nukkuminen ○ pukeutuminen ○ peseytyminen ○ wc:ssä käyminen ○ kodinhoito ○ ruuanlaitto ○ suunhoito ○ itsenäinen lääkehoito • ympäristö <ul style="list-style-type: none"> ○ oma asunto ○ kodin toimivuus ○ liikkumisvapaus ○ tekniikka • terveyden ylläpitäminen <ul style="list-style-type: none"> ○ ruokavalio ○ liikunta ○ päihteettömyys ○ kuntoutus • liikkuminen <ul style="list-style-type: none"> ○ apuvälineet ○ asunnon muutostyöt ○ kuljetuspalvelut ○ saattaja- ja ulkoiluapu • aistitoiminnot <ul style="list-style-type: none"> ○ näkö ○ kuulo 	<ul style="list-style-type: none"> • kognitiiviset toiminnot: <ul style="list-style-type: none"> ○ luovuus ○ havaintokyky ○ verbaalinen ilmaisu ○ oppiminen ○ tunteet ja niiden hallinta ○ ongelmaratkaisu ○ ajan ja tilan hallinta ○ muisti • muistelu • elämänarvot <ul style="list-style-type: none"> ○ vakaumus ○ isänmaallisuus ○ henkisyys • elämänlaatu 	<ul style="list-style-type: none"> • sosiaalinen verkosto <ul style="list-style-type: none"> ○ perheenjäsenet ○ sukulaiset ○ ystävät ○ naapurit ○ ammattiauttajat ○ menneet ihmissuhteet • sosiaaliset taidot <ul style="list-style-type: none"> ○ yksilöllisyys ○ tasavertainen vuorovaikutussuhde ○ osallisuus/osallistuminen ○ arvostus ○ kunnioitus ○ itsensä hyväksyminen ○ yhteistyökykyisyys • järjestöt • talous • harrastukset

4 KOTIHOIDON HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen on määritelty useissa laeissa. Sosiaalihuoltoasetus kehottaa laatimaan hoitosuunnitelman avun ja palvelujen tarpeen arvioimiseksi (Päivärinta & Haverinen 2002, 95). Hyvin laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma antaa tietoa asiakkaan saamista palveluista, hoidon tavoitteista ja niiden saavuttamiseksi käytetyistä keinoista niin, että asiakkaalla itsellään on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Keskeistä on, että jokaisella säännöllisiä palveluja saavalla on laadittu ajantasainen suunnitelma, se on tehty yhdessä asiakkaan kanssa, ja myös hoidon toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen tapahtuvat yhdessä asiakkaan kanssa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13 - 16.)

Kotona kokonainen elämä -hankkeen yksi tavoitteista on kotihoidon työprosessien kehittäminen. Yhtenä keinona siinä on asiakaslähtöisyyden lisääminen ja asiakkaan voimavarojen tunnistaminen. Mittarina tässä käytetään hoito- ja palvelusuunnitelman tarkastelua (Kotona kokonainen elämä, 14).

Kotkan kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen kuuluu vastuuhoitajan tehtäviin. Se tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Sitä tulee jatkuvasti arvioida ja päivittää, kuitenkin vähintään kolmen kuukauden välein (Etelä-Kymenlaakson kotihoidon kriteerit, 5). Hoito- ja palvelusuunnitelmat kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään Effican.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vastuuhoitajien kirjaamien voimavarojen näkyminen Kotkan kotihoidon säännöllisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Lisäksi tarkoitus on kuvata voimavarojen näkymistä, arvioida niitä ja vertailla luotuun malliin. Tutkimusongelmat perustuvat tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. Tutkimustehtävät voidaan jakaa pääongelmiin ja tarkennettuihin alaongelmiin. Tämän tutkimuksen pääongelmat ovat oman mallin rakentaminen voimavarojen tarkastelua varten ja mallin avulla

hoitajan kirjaamien asiakkaiden voimavarojen näkyminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

Tutkimustehtävät:

Pääongelmat/päätehtävät:

1. Rakentaa malli kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa esiintyvien voimavarojen tarkastelua varten
2. Arvioida voimavaramallin avulla hoitajan kirjaamien voimavarojen näkymistä hoito- ja palvelusuunnitelmissa

Tutkimuksen edetessä ja tutkimustehtävien toteuttamisessa tuli esille uusia ilmiöitä. Ne liitettiin tutkimussuunnitelmaan sekä teoriaan aineiston keräämisen jälkeen. Lisäksi aiheesta ei ole tehty aikaisemmin tieteellisiä tutkimuksia.

Tutkimustehtävän ratkaisemiseen on laadittu teorialiedon pohjalta taulukkomuotoinen malli, jossa käy ilmi teoreettisessa viitekehyksessä esiin tulleet iäkkäiden voimavarojen eri ulottuvuudet.

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohteena ovat Kotkan kotihoidon säännöllisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tutkimus toteutetaan sekä kvalitatiivisena että kvantitatiivisena tutkimuksena ja hoito- ja palvelusuunnitelmista tehdään sisällönanalyysi.

Kvalitatiivinen tutkimus perustuu uskomuksiin, asenteisiin, käyttäytymisen muutoksiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja samantlaisuuksia tai eroavaisuuksia, toisin sanoen sillä halutaan löytää uusia näkökulmia tai voidaan epäillä teorian tai käsitteen merkityksen ristiriitaisuutta. (Kankkunen 2009, 49.)

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään muuttujien (variable) mittaamiseen (measuring), tilastollisten menetelmien (statistical methods) käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien (relationships) tarkasteluun. Tämä tutkimus on kuvaileva (descriptive), jolloin todetaan nykyinen tai pitkäaikaisempi asiointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41 - 42.) Kuvailevalla lähestymistavalla avataan esiin tulevia näkyviä ilmiöitä, tapahtumia, ja prosesseja sekä kirjataan keskeisiä, kiinnostavia piirteitä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139).

6.1 Aineiston sisällönanalyysi

Aineiston sisällönanalyysi kertoo tulosten tulkintaa, joiden avulla raportoidaan tutkimuksen sisältö. Tämän tutkimuksen kvalitatiivisella lähestymistavalla luodaan malli iäkkäiden voimavarojen tarkasteluun ja kuvataan niiden näkymistä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Luotu malli esitetään taulukkomuodossa, johon on sanallisesti avattu teoriassa esiin tulleet voimavarat. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista viestintää sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21 - 23.)

Tämän tutkimuksen alaongelma analysoidaan sisällönanalyysin avulla. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyviä hoitajan kirjaamia asiakkaiden voimavaroja arvioidaan ja verrataan tutkimuksessa luotuun iäkkäiden voimavarojen mallin mukaan (taulukko 1). Asiakkaiden voimavarojen näkyminen esitetään kuvilla ja tekstillä.

Tämän tutkimuksen kvantitatiivisen osion aineiston sisällönanalyysi käsitellään numeraalisesti prosenttilukuina. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa saatuja numeraalisia tuloksia kuvataan joko taulukoin, kuvioin, tunnuslukuin ja tekstinä (Vilkkä 2007, 135). Tässä tutkimuksessa säännöllisten asiakkaiden voimavarojen näkyminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa on esitetty kuvilla ja tekstillä selitetty voimavarojen näkymistä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan lisäksi kuvata keskiluvuilla (measures of central tendency), jotka osoittavat jakauman keskikohdan tai kohdan, jossa suurin osa havaintoarvoista sijaitsee. Tutki-

muksen keskiluku esitetään luokitusasteikolla, jossa muuttuja on moodi (mode) eli tyyppiarvo (Mo). Se on yleisin muuttujan arvo tai luokka, jolla on suurin frekvenssi (Holopainen & Pulkkinen 2008, 79).

Tutkimuksen aineistona käytetään säännöllisten kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia. Aineiston keruu tapahtui tutkimusluvan saamisen jälkeen, jolloin saimme käsittelyyn toimeksiantajalta otannan mukaisen määrän valmiita hoito- ja palvelusuunnitelmia.

6.2 Otanta ja kohderyhmä

Kohderyhmänä ovat Kotkan kaupungin kotihoidon henkilöstön tekemät säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tutkimuksessa selvitettiin, miten hoitajat kirjaavat asiakkaiden voimavaroja ja miten ne näkyvät hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Kotkan kaupungin kotihoidon alueelta otettiin tarkasteluun säännöllisten kotihoidon asiakkaiden vastuuhoitajien tekemät hoito- ja palvelusuunnitelmat, joita on otannassa mukana 90 kappaletta. Vastuuhoitajat ovat ammatiltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, kotiavustajia tai kodinhoitajia.

Otanta edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin, koska tunnusluvut voivat poiketa perusjoukon vastaavista tunnusluvuista. Tämän tutkimuksen otannan tyyppi kuvaillaan perusjoukkona. Perusjoukolla (population) tarkoitetaan väestöryhmää, johon tulokset halutaan yleistää. Tämän tutkimuksen perusjoukko kvantitatiivisessa tutkimuksessa koostuu hoitajista, jotka ovat laatineet hoito- ja palvelusuunnitelmat, joissa tulisi näkyä asiakkaiden voimavarat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79). Tämän tutkimuksen kohderyhmän edustajilla on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi otantaan. Otanta voi olla satunnainen (random sampling), harkinnanvarainen (convenience sampling), systemaattinen otanta (esim. joka kolmas) tai yksinkertainen satunnaisotanta (arvonnan perusteella). Tässä tutkimuksessa on käytetty systemaattista otantaa.

6.3 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa etsittiin teoriatietoa kirjallisuudesta. Käytettyjä hakusanoja olivat kotihoito, vanhus, iäkäs, voimavara, toimintakyky,

kotona asuminen, voimavaramalli. Tutkimuksen alkuvaiheessa ei löytynyt valmista voimavaramallia, jota olisi voitu hyödyntää. Niinpä ensimmäiseksi tutkimustehtäväksi muodostui oman voimavaramallin luominen, johon pyrittiin kattavasti kokoamaan kaikki voimavarat, jota yleisellä tasolla on luokiteltu kirjallisuudessa. Voimavarat päädyttiin jakamaan kolmeksi isoksi kokonaisuudeksi kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan: ne ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Näiden isojen kokonaisuuksien alle löytyi alaot-sikoita, joita on tutkimuksen teoriaosassa tarkennettu.

Mallia on täydennetty ja korjattu koko tutkimuksen ajan sekä työelämältä että opettajalta saadun palautteen mukaan, eli mallin luominen on ollut jatkuva prosessi. Sisällönanalyysivaiheessa hoitosuunnitelmia läpikäytäessä ilmeni voimavaroja, joita ei tutkijoiden lähdemateriaaliin perustuvassa taulukossa ollut. Näitä uusia voimavaroja olivat kodinhoito, ruuanlaitto, elämänasenne, tekniikka, suunhoito, yhteistyökykyisyys, järjestöt, talous ja harrastukset. Tutkijat päivittivät taulukkoon myös kyseiset voimavarat.

6.4 Aikataulu ja kustannukset

Kotona kokonainen elämä -hanke, jolle tämä tutkimus tehdään, päättyy lokakuussa 2015. Suunnitelmaseminaari on pidetty marraskuussa 2014 ja tutkimuslupa haettu Kotkan kaupungilta joulukuussa. Sisällönanalyysi ja tulosten raportointi tapahtui tammi-helmikuun aikana 2014 ja päättöseminaari maaliskuussa 2015. Tästä tutkimuksesta ei aiheutunut kustannuksia toimeksiantajalle eikä tutkijoille.

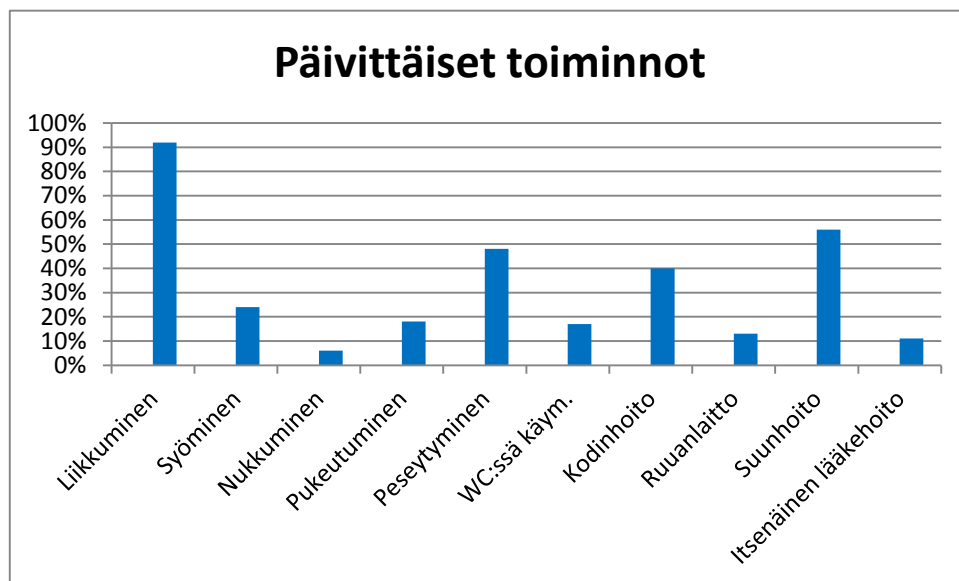
7 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän tutkimuksen tuloksia on esitetty prosenttilukuina. Graafinen esittäminen kuvilla kiinnittää paremmin lukijan huomion ja tuo tuloksen esittämiseen elävyyttä. Tutkimuksen selitys tekstinä avaa tutkimuksen tarkoitusta ja kokonaiskuvaa tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa käytetyissä säännöllisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa fyysisiä voimavaroja oli selkeästi kir-

jattu kaikkein eniten. Seuraavaksi eniten oli sosiaalisia voimavaroja, ja vähiten taas oli kirjattu psyykkisiä voimavaroja.

7.1 Fyysiset voimavarat

Fyysisistä voimavaroista päivittäisiä toimintoja oli kirjattu eniten. Päivittäisistä toiminnoista liikkuminen (92 %), peseytyminen (48 %), kodinhoito (40 %) ja suunhoito (56 %) korostuivat eniten. Pukeutuminen (18 %), wc:ssä käyminen (17 %), ruuanlaitto (13 %), nukkuminen (6 %) ja itsenäinen lääkehoito (11 %) näkyivät pienempinä prosentteina. Kaikkia päivittäisiä toimintoja oli kuitenkin huomioitu ja ne oli ilmaistu hoito- ja palvelusuunnitelmissa selkeästi ja juuri niillä sanoilla, miten ne oli luokiteltu. Itsenäiseen lääkehoitoon laskettiin kuuluvaksi sellaisen asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat, jotka itse käyvät apteekissa, jakavat oman dosettinsa tai jotka itse ottavat lääkkeensä annosjake-lupusseista, vaikka hoitaja toimittaisikin lääkkeitä kotiin. (Kuva 1.)



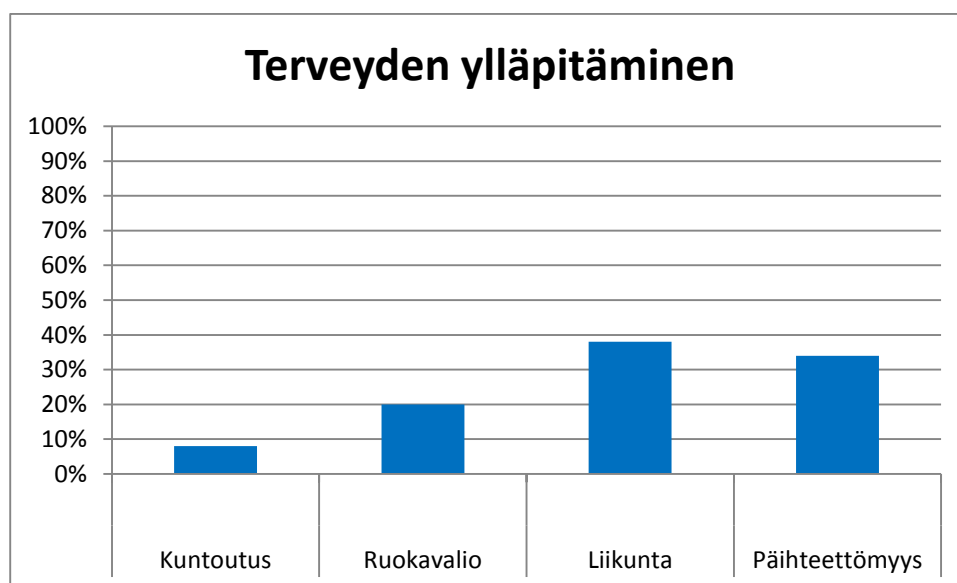
Kuva 1. Päivittäiset toiminnot (N=90)

Ympäristön alla vain tekniikka (21 %) ja kodin toimivuus (1 %) olivat kirjattuina hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Tekniikkaan liittyivät mm. turvarannekkeet ja ajastetut sähkölaitteet. Omaa asuntoa ja liikkumisvapautta ei ollut huomioitu suunnitelmissa ollenkaan.

Terveysten ylläpitämiseen liittyviä voimavaroja oli kuvattu jonkin verran. Liikunta (38 %) ja päihitteettömyys (34 %) olivat eniten huomioituja voimavaroja.

Ruokavalio (20 %) ja kuntoutus (8 %) olivat myös kirjattuna hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

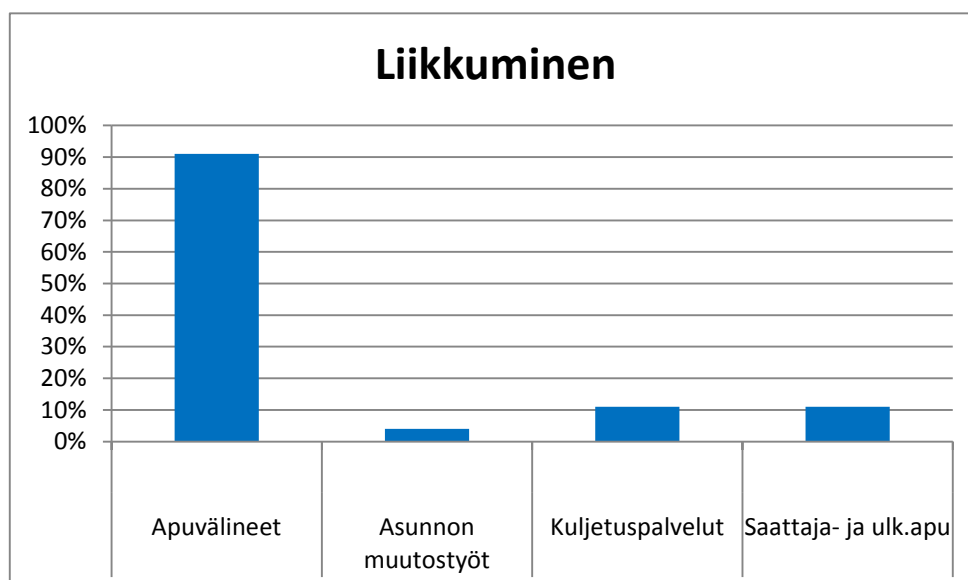
Liikunta oli kirjattu mm. seuraavilla ilmaisuilla: ”käy kotihoidon jumpparyhmässä”, ”käy kävelylenkeillä”. Suuressa osassa suunnitelmia oli kirjattuna liikuntasuunnitelma, johon oli sisällytetty liikuntaan liittyviä voimavaroja. Päihteettömyys oli kuvattu selkeästi lauseilla ”ei tupakoi”, ”ei käytä alkoholia”. Ruokavaliota oli kuvattu pääosin terveellisellä ruokavaliolla. Kuntoutus liittyi asiakkaiden intervallijaksoihin ja fysioterapiaryhmissä käymiseen. (Kuva 2.)



Kuva 2. Terveiden ylläpitäminen (N=90)

Liikkumiseen liittyvistä voimavaroista apuvälineitä oli korostettu eniten, niitä esiintyi 91 %:ssa suunnitelmista. Kuljetuspalvelut sekä saattaja- ja ulkoiluapu oli kirjattuna 11 %:ssa. Asunnon muutostöihin liittyviä voimavaroja oli kirjattuna 4 %:ssa suunnitelmista.

Apuvälineet oli huomioitu lähes kaikissa suunnitelmissa. Kuljetuspalvelut liittyivät taksiseteleihin tai eri virikkeisiin liittyviin kuljetuksiin. Asunnon muutostyöt liittyivät pääosin asuntoihin asennettuihin tukikahvoihin, toisin sanoen apuvälineisiin jotka oli pysyvästi asennettu kotiin. (Kuva 3.)



Kuva 3. Liikkuminen (N=90)

Aistitoiminnot oli huomioitu hyvin. Sekä näkö että kuulo olivat kirjattuina 51 %:ssa. Useimmiten näön ja kuulon yhteyteen oli liitetty myös kirjaus käytössä olevista apuvälineistä, kuten silmälaseista ja kuulolaitteista.

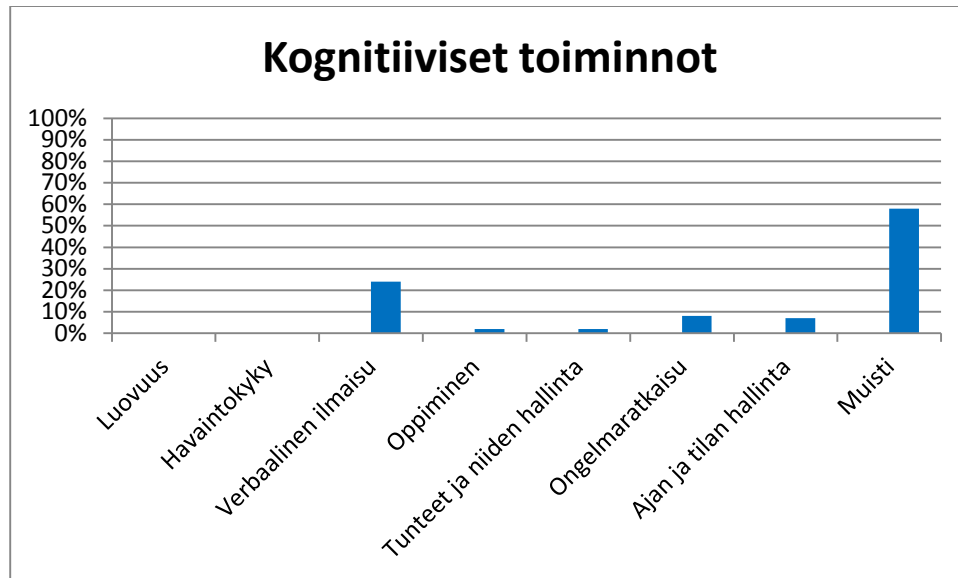
7.2 Psyykkiset voimavarat

Psyykkisistä voimavaroista kognitiivisia toimintoja oli kirjattu eniten. Elämän- asenne uutena voimavarana oli näkyvissä useassa suunnitelmassa.

Kognitiivisista toiminnoista muisti oli selkeästi suurimpana voimavarana, 58 %:ssa suunnitelmista. Seuraavaksi eniten huomioitu oli verbaalinen ilmaisu määrällä 24 %. Oppiminen (2 %), tunteet ja niiden hallinta (2 %), ongelmaratkaisu (8 %) sekä ajan ja tilan hallinta (7 %) esiintyivät suunnitelmissa muutamia kertoja, kyse oli kuitenkin todella marginaalisista määristä. Luovuutta ja havaintokykyä ei ollut kirjattu ollenkaan.

Muisti tuli esille monella eri tapaa. Monen perussairautena oli Alzheimerin tauti. Jos asiakkaalla ei ollut diagnosoitua muistisairautta, käytettiin ilmaisuja ”muisti heikentynyt”, ”muistamattomuutta”. Kirjattu MMSE-testin tulos antoi tutkijalle viitteitä muistiin liittyvästä ongelmasta. Verbaalinen ilmaisu oli useimmissa tapauksissa kirjattuna lauseella ”ymmärtää ja tuottaa selkeää pu-

hetta”. Ajan ja tilan hallinta liittyi aikaan ja paikkaan orientoitumiseen. Oppiminen liittyi esimerkiksi verensokerin mittaamisen opetteluun. (Kuva 4.)



Kuva 4. Kognitiiviset toiminnot (N=90)

Toisessa analysointivaiheessa tutkijat tekivät ratkaisun liittää muistiin liittyvät voimavarat kognitiivisten toimintojen alle ja yhdistää muisteluun liittyvät asiat omaksi kokonaisuudeksi. Muistelua oli kirjattu 3 %:ssa suunnitelmista. Yksi esimerkki muistelusta oli asiakkaan työhistoriaan liittyvä asema, josta hän usein mainitsee hoitajalle ja seuraa omaan alaansa liittyviä nykyhetken tapahtumia.

Elämänarvoihin liittyvät voimavarat koskivat ainoastaan isänmaallisuutta, mutta niitäkin esiintyi vähän, vain 3 %:ssa suunnitelmista. Isänmaallisuus liittyi kaikissa huomioissa veteraaneihin. Vakaumusta tai henkisyttä ei mainittu ollenkaan.

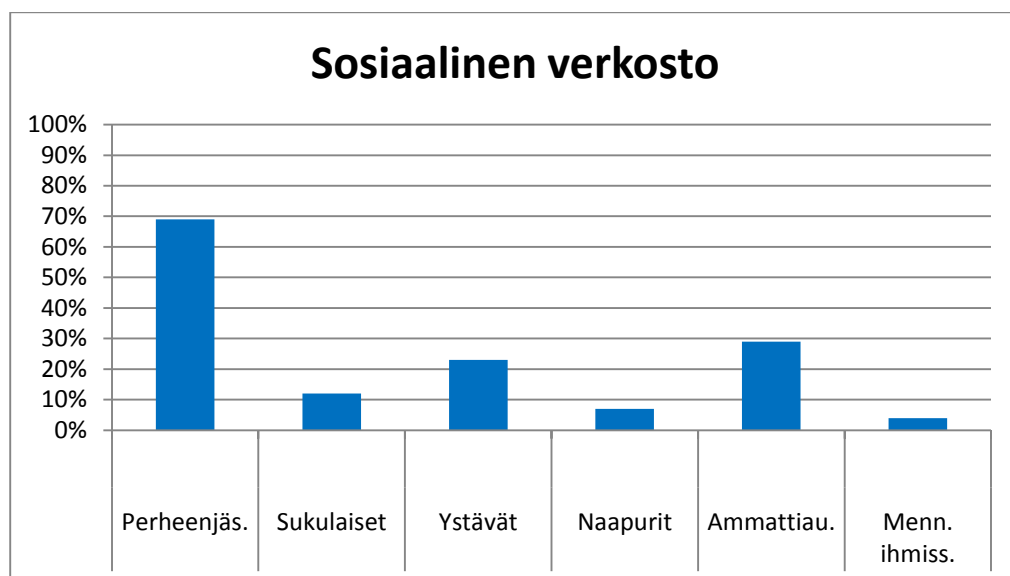
Uutena voimavarana tutkijat ottivat mukaan elämänasenteen. 26 %:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmista oli kirjattuna mm. seuraavia lauseita: ”tyytyväinen elämäänsä”, ”positiivinen asiakas”, ”tyytyväinen, että saa asua kotona”, ”tyyty-

väinen saamaansa hoitoon”. Elämänasenteeseen liittyvät asiat olivat kaikki positiivisia.

7.3 Sosiaaliset voimavarat

Sosiaalisista voimavaroista sosiaalista verkostoa oli huomioitu eniten. Perheenjäseniä huomattavasti eniten, 69 %:ssa suunnitelmista. Seuraavaksi eniten oli kirjattu sukulaisista (12 %) ja ystävistä (23 %). Naapureita (7 %) ja menneitä ihmissuhteita (4 %) oli muutamia tapauksia. Ammattiauttajia oli 29 %:ssa suunnitelmista.

Analysoinnissa perheenjäseniksi laskettiin lapset, sisarukset, puoliset ja vanhemmat. Sukulaisiksi laskettiin mm. sisarten lapset, kummilapset, miniät ja vävyt ja serkut. Menneisiin ihmissuhteisiin laskettiin kuuluvaksi kuolleet puoliset. Ammattiauttajia olivat jalkahoitaja, muistipoliklinikka, päiväsairaala, fysioterapeutti, hammaslääkäri ja diakoni. Useissa suunnitelmissa oli sosiaalinen verkosto ilmaistu vain sanalla omaiset. Jos sitä ei ollut tarkemmin määriteltä, se jätettiin pois laskennasta. (Kuva 5.)



Kuva 5. Sosiaalinen verkosto (N=90)

Sosiaalisista taidoista osallisuus oli kirjattuna 16 %:ssa ja yhteistyökykyinen 19 %:ssa. Yksilöllisyyttä, arvostusta, kunnioitusta, itsensä hyväksymistä ja tasavertaista vuorovaikutusta ei ollut kirjattu ollenkaan. Osallisuus oli ilmaistu termeillä ”sosiaalinen henkilö” ja ”seurallinen”. Yhteistyökykyisyys oli kirjattu esim. lauseilla ”yhteistyökykyinen”, ”noudattaa ohjeita”, ”ymmärtää omasta terveydentilastaan”.

Järjestöjä voimavarana oli kirjattu 23 %:ssa. Näitä olivat esimerkiksi Kotkan Korttelikotiyhdistys ry., seurakuntaan kuuluminen tai sen järjestämissä tilaisuuksissa käyminen, Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry., 4H tai sanat ”kolmas sektori”.

Talouteen liittyviä voimavaroja oli 26 %:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmista. Talouden voimavarat liittyivät usein edunvalvojaan, tukiin, pankki- ja maksupalveluihin tai sosiaalitoimiston kanssa tehtävään yhteistyöhön.

Harrastukset voimavarana oli 23 %:ssa suunnitelmia. Näitä olivat mm. tv:n katselu, soittoharjoitukset, Kotka-kodin päiväkerhossa käyminen, radion kuuntelu, kirjoittelu, kokouksissa käyminen, lukeminen, maalailu ja lemmikkien kanssa oleilu.

7.4 Johtopäätökset

Hoito- ja palvelusuunnitelmien voimavarojen näkyminen on kohtalaista, mutta etenkin psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja voisi selkeästi kirjata enemmän. Hoitajien kirjaaminen vaatii huolellista ja tarkkaa luokittelua, jotta tiedettyjä voimavaroja voitaisiin hyödyntää asiakkaan hoidossa. Voimavarojen tiedostamisella voidaan taata ja turvata asiakkaan kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa on tällä hetkellä keskitytty pääosin hoitotyön toimintojen kirjaamiseen, ja monissa suunnitelmissa asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen kirjaaminen oli todella puutteellista.

Tämän työn tekemistä helpotti työelämäohjaajan aktiivinen läsnäolo. Saimme häneltä säännöllisesti palautetta ja ohjeita siitä, mihin suuntaan työtä kannattaa viedä. Opettajaltamme saimme hyviä vinkkejä teoriaosan kasaamiseen. Saaduistamme palautteista ja vinkeistä pystyimme hyvin etenemään prosessissa, vaikka asuimmekin eri paikkakunnilla ja aikataulujen yhteensovittaminen oli ajoittain haastavaa.

Opinnäytetyömme lopullinen tavoite muokkautui lopulliseksi vasta suunnitelmavaiheessa. Ideavaiheessa pääpaino oli tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa, jossa keräsimme teoriatietoa ja sen pohjalta loimme ja muokkasimme voimavaramallia. Tavoitteena oli luoda mahdollisimman kattava malli, jonka avulla voitaisiin tutkia voimavarojen näkymistä Kotkan kotihoidon säännöllisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

8 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö oli kokonaisuudessaan haastava. Mallin rakentaminen osoittautui odotettua työläämmäksi. Hoito- ja palvelusuunnitelmien lukeminen ja voimavarojen löytäminen ja niiden vertailu luomaamme malliin osoitti sen, että kyse on todella laajasta alueesta, jonka teoriaan ja kirjallisuuteen perehtyminen vaatisi huomattavasti pidemmän ajan kuin tässä työssä oli käytetty. Kirjallisuutta voimavaroista on melko vähän, ja jouduimme tutkijoina tekemään paljon itsenäisiä päätöksiä, mitkä ajattelempa olevan voimavaroja ja mitkä päätyvät lopulliseen malliin.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus (reliaabelius) tarkoittaa tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimus on luotettava ja tarkka, kun toistetussa mittauksessa saadaan samat tulokset tutkijoiden välillä. Tämän tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta kuvailee tutkijan oma rehellisyys, oikeudenmukaisuus, työkokemus ja aineiston tasapuolinen käsitteleminen. (Vilkkä 2005, 161.)

Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien asiakasryhmä jäivät nimettömiksi, jolloin salapitovelvollisuus ja lain mukainen tietosuoja toteutuu. Tämän tutkimuksen suunnitelmavaiheessa hoito- ja palvelusuunnitelmien laatijat jäivät nimettömiksi. Nimet voivat vääristää tutkimuksen eettisyyttä ja tulosten vertailua. Aineiston käsittelyn jälkeen se palautettiin toimeksiantajalle, joka asianmukaisesti hävittää sen.

Aineiston käsittelyssä ilmeni monia eri ongelmia, joita ei osattu ennakoida. Olemassa olevasta hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisohjeesta huolimatta hoitajien kirjaamistyyli oli erittäin vaihtelevia ja osin puutteellisia. Jo alkuvaiheessa tuli ilmi, että kaikkia mallissamme esiintyviä voimavaroja on kirjattu vähän, kun taas hoitajan tehtävänä olevia hoitotyön toimintoja oli kirjattu runsaasti. Toisen tutkijan työkokemus Kotkan kotihoidossa vaikeutti analyysin tekoa, koska tutkija tunsikin terminologian ja osasi niin sanotusti lukea rivien väliltä. Monet hoito- ja palvelusuunnitelmat olivat tyyliltään hajanaisia, ja monessa oli kirjoitettu liian pitkästi eikä teksti ollut jaoteltu selkeiksi, loogisiksi kokonaisuuksiksi. Myös ristiriitoja saman suunnitelman sisällä oli: samasta aiheesta saattoi lukea, että voimavaroja löytyy ja toisella sivulla asia olikin kumottu. Koska analyysiä tehdessä löytyi uusia voimavaroja, joiden löytymistä ei osattu ennakoida, toiselle tutkijalle yhden työpäivän pituus ei meinannut riittää ja loppuvaiheessa kiire näyttäytyi analysoinnissa. Jaettu työympäristö yhdessä työelämäohjaajan kanssa osaltaan vaikutti tutkijoiden keskittymiseen ja tutkijoiden väliseen kommunikointiin, koska uudet ilmiöt hoito- ja palvelusuunnitelmissa olisivat vaatineet tutkijoiden yhdessä tekemiä päätöksiä. Itselleen helppomman analysointimenetelmän löytäminen vei aikaa, ja tutkijat kokeilivat sekä tietokoneelle että paperille kirjoittamista. Lopuksi molemmat tutkijat päätyivät kirjoittamaan tuloksensa paperille.

Jotta tutkimus pysyi luotettavana, analysointivaiheessa hylkäsimme joitakin hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällä olevia yksittäisiä osia. Jos esimerkiksi samassa suunnitelmassa oli kerrottu asiakkaan suoriutuvan peseytymisestä itsenäisesti, mutta seuraavalla sivulla oli ilmoitettu asiakkaan tarvitsevan tässä asiassa apua, sitä ei otettu mukaan laskentaan. Monet kirjoitusvirheet ja virkkeiden epäloogisuudet saivat tutkijat hylkäämään niissä esille tulleet voimavarat. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli käytetty voimavaramallissa esiintyviä yleisiä termejä, kuten esimerkiksi terveyden ylläpitäminen. Koska sitä ei ollut

tarkennettu tutkijoiden käyttämiin termeihin, kuten ruokavalio tai liikunta, tällaiset hoitajan kirjaamat lauseet eivät olleet käyttökelpoisia otettavaksi mukaan laskentaan. Toisen tutkijan äidinkielenä oli muu kuin suomi, joka täten vaikutti analysointiin ja vei enemmän aikaa. Lisäksi toisen tutkijan kotikunta ja työkokemus kotihoidossa ovat muualla kuin Kotkassa, joten hänellä ei ollut tietoa, minkälainen Kotkan hoito- ja palvelusuunnitelma kuuluisi olla. Tämän takia suunnitelmien kokonaisuus vaikutti hänestä entistä hajanaisemmalta ja vaikealukuisemmalta.

8.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkastelussa lopulliseksi otannaksi muodostui 90 vastuuhoitajan laatimaa säännöllisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jotka oli valittu systemaattisella otannalla (aakkosjärjestyksessä joka viides hoito- ja palvelusuunnitelma). Toiselle tutkijoista Kotkan alueellisen kotihoidon kolmesta alueesta yksi oli tuttu, joten sen alueen hoito- ja palvelusuunnitelmien käsittely jäi toiselle tutkijalle. Hoito- ja palvelusuunnitelmat jaettiin puoliksi, joten molemmilla tutkijoilla oli käsiteltävänä 45 suunnitelmaa. Aineisto käsiteltiin kahden päivän aikana työelämäohjaajan työpisteellä, koska tietosuojasyistä suunnitelmia ei voitu luovuttaa tutkijoille kotiin käsiteltäväksi. Ensimmäisen analysointipäivän jälkeen laskennan jälkeen tuloksissa havaittiin epärealistisia lukuja, joiden ei ajateltu pitävän paikkaansa. Työelämäohjaajan ja toisen tutkijan harkinnan jälkeen sisällönanalyysi päätettiin tehdä uudelleen toisen tutkijan toimesta tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Ensimmäisessä analysoinnissa hoito- ja palvelusuunnitelmia oli tarkasteltu liian kriittisesti, eikä kaikkia siellä lukevia voimavaroja ollut huomioitu tarpeeksi tarkasti.

Uusista voimavaroista löytyi teorial tietoa liittyen esimerkiksi iäkkäiden ravitsemussuosituksiin ja terveyden edistämiseen, mutta selkeää tutkimusta kotihoidon asiakkaiden ruuanlaitto- ja kodinhoidollisista taidoista ei löytynyt niin kattavaa tietoa. Muista uusista voimavaroista löytyi hyvin teorial tietoa.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Hyviä jatkotutkimusaiheita voisivat olla mallin kehittäminen edelleen paremmaksi, koska tässä tutkimuksessa käytetty aika ja resurssit eivät olleet riittäviä kokonaisvaltaiseen teorian kartoittamiseen ja mallin luomiseen. Aihe on todella laaja ja vaatisi tarkempaa luokittelua, kuin tässä tutkimuksessa oli tehty.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla henkilökunnan tiedottaminen ja käytännön työn kehittäminen. Tutkimusta voisi myös tehdä kyselemällä kotihoidon asiakailta, mitkä ovat heidän mielestään voimavaroja ja mitkä he haluaisivat olla kirjattuina hoito- ja palvelusuunnitelmissa; toisin sanoen mitkä voimavarat parantaisivat kirjattuna hoitajan ja asiakkaan välistä yhteistyötä.

Valtakunnallisesti kotihoitoa helpottaisi se, että olisi yksi malli, jonka mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmat laadittaisiin. Sen myötä voimavarojen näkyminen olisi taattua ja se palvelisi sekä asiakasta että hoitajaa. Voimavarojen näkyminen takaisi asiakkaan yksilöllisen hoidon ja antaisi mahdollisuuden asua kotona mahdollisimman pitkään.

LÄHTEET

Audit-kysely. TOIMIA – Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011 - 2014. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/9/> [viitattu 4.3.2015].

Bergin tasapainotesti. TOIMIA – Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/51/> [viitattu 4.3.2015].

Bowling, A., Gabriel, Z., Banister, D & Sutton, S. 2002. Adding quality to quantity: older people's view on their quality of life and its enhancement. ESRC Growing Older Programme, Go Findings 4/2002, s. 7–8.

Duodecim. 2012. Tietoa potilaalle: ikäkuulo. Päivitetty 31.8.2012. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00840 [viitattu 4.3.2015].

Duodecim. 2013. Tietoa potilaalle: ikänäkö. Päivitetty 12.12.2013. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00817 [viitattu 4.3.2015].

Etelä-Kymenlaakson kotihoidon kriteerit. Kotihoidon työryhmä 2011 - 2012. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawkotkawwwwstr/17363_kriteerit.pdf [viitattu 4.3.2015].

GDS-15, Myöhäisiän depressioseula. TOIMIA – Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/> [viitattu 4.3.2015].

Haimi-Liikkanen, S. 2013. Kotihoidon vastuuhoidtaja – toimintamalli. Kotkan kaupunki. Kotihoito. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawkotkawwwwstr/17366_Vastuuhoidtajaus_2013.pdf [viitattu 4.3.2015].

Heikkinen, E. & Marin, M. 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2002

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Hokkanen, H., Häggman-Laitila, A. & Eriksson, A. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 1/2006. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.xhalex-ng.kyamk.fi:2048/se/g/0784-0039/20/1/kotonaas.pdf> [viitattu 4.3.2015].

Holopainen, M., Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. - 9. painos. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, A., Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen. 1. - 2. painos. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kotihoidon laskenta 2012. Tilastoraportti 17/2013. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen internet-sivut. Päivitetty 30.11.2012. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta> [viitattu 4.3.2015].

Kotkan kotihoito – palveluohjaus. Saatavissa: <http://www.kotka.fi/asukkaalle/vanhuspalvelut/kotihoito/palveluohjaus> [viitattu 4.3.2015].

Kotona kokonainen elämä. 2014. Ikääntyneiden palvelujen kehittämisohjelma Etelä-Suomessa. Päivitetty 4.2.2014. Saatavissa: <http://kotonakokonainenelama.wordpress.com/etusivu/perustiedot/> [viitattu 4.3.2015].

Kuhanen, C., Oittinen, P. & Kanerva, A. 2012. Mielenterveyshoitotyö. 1. – 2. painos. Helsinki: Sanomapro Oy.

Kuntoutusportti. 2014. Yleistä kuntoutuksesta. Kuntoutusportin internet-sivut. Saatavissa:

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista_kuntoutuksesta/ [viitattu 23.1.2014].

Käypä hoito -suositus. 2010. Muistisairaudet. Päivitetty 13.8.2010. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044> [viitattu 4.3.2015].

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf [viitattu 4.3.2015].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 28.12.2012/980.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Helsinki: WSOY.

Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Mini Mental State –asteikko. TOIMIA – Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011 - 2014. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/> [viitattu 4.3.2015].

Niemi, A. 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystalvveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. 2006. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Nummela, O. 2009. Ikääntyneiden sosiaaliset suhteet kantavat elämässä. Lääkärilehti 23/2009, s. 2110 - 2112.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus – ja kehittämiskeskus. Helsinki.

RAVA™-mittari. TOIMIA – Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/> [viitattu 4.3.2015].

Salo, V. 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Savola, O., Rieki, J. 2003. Tekniikka vanhusten itsenäisen suoriutumisen tukena. Duodecim 2003;119:1001–1006.

Savolainen, M. 2003. Iäkkäiden hoitoon tyytyväisyys terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Seppänen, M. & Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) 2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS- kustannus. WS Bookwell Oy. Juva.

Starck- Pirsanen M. 2009. Vanhusasiakkaan kotona selviytyminen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea- Hyvinkää. Opinnäytetyö.

STM. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Saatavissa: <http://www.sosiaaliporssi.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf> [viitattu 4.3.2015].

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf [viitattu 4.3.2015].

STM. 2012. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2012:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä. 2003. Ikäihmisten suun hoito. Opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Helsinki: Hammaslääkäriliiton Kustannus Oy

THL. 2012. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Miten iäkkäät juovat? Päivitetty 15.8.2012. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholitutkimus/suomi-juo/ika-ja-juominen/miten-iakkaat-juovat-> [viitattu 4.3.2015].

Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Vanhustenhuollon strategia 2008 – 2015. Kotkan kaupunki. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawkotkawwwwstr/19658_1421-Vanhustenhuollon_strategia_2008_-_2015_1_.pdf [viitattu 4.3.2015]

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Valtioneuvoston kanslia. 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki; Edita Prima Oy. Saatavissa: <http://vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf> [viitattu 4.3.2015].

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

Liikkuminen	92 %	83
Syöminen	24 %	22
Nukkuminen	6 %	5
Pukeutuminen	18 %	16
Peseytyminen	48 %	43
WC:ssä käym.	17 %	15
Kodinhoito	40 %	36
Ruuanlaitto	13 %	12
Suunhoito	56 %	50
Itsenäinen lääkehoito	11 %	10

YMPÄRISTÖ

Tekniikka	21 %	19
Oma asunto	0 %	0
Kodin toimivuus	1 %	1
Liikkumisvapaus	0 %	0

TERVEYDEN YLLÄPITÄMINEN

Kuntoutus	8 %	7
Ruokavalio	20 %	18
Liikunta	38 %	34
Päihitteettömyys	34 %	31

LIKKUMINEN

Apuvälineet	91 %	82
Asunnon muutostyöt	4 %	4
Kuljetuspalvelut	11 %	10
Saattaja- ja ulk.apu	11 %	10

AISTITOIMINNOT

Näkö	51 %	46
Kuulo	51 %	46

KOGNITIIVISET TOIMINNOT

Luovuus	0 %	0
Havaintokyky	0 %	0
Verbaalinen ilmaisu	24 %	22
Oppiminen	2 %	2
Tunteet ja niiden hallinta	2 %	2
Ongelmaratkaisu	8 %	7
Ajan ja tilan hallinta	7 %	6
Muisti	58 %	52
MUISTELU	3 %	3

ELÄMÄNARVOT

Vakaumus	0 %	0
Isänmaallisuus	3 %	3
Henkisyys	0 %	0

ELÄMÄNASENNE	26 %	23
---------------------	------	----

SOSIAALINEN VERKOSTO

Perheenjäs.	69 %	62
Sukulaiset	12 %	11
Ystävät	23 %	21
Naapurit	7 %	6
Ammattiau.	29 %	26
Menn. ihmiss.	4 %	4

SOSIAALISET TAIDOT

Yksilöllisyys	0 %	0
Tasavert. Vuorovaik.	0 %	0
Osallisuus	16 %	14
Arvostus	0 %	0
Kunnioitus	0 %	0
Itsensä hyväks.	0 %	0
Yhteistyökyk.	19 %	17

JÄRJESTÖT	23 %	21
------------------	------	----

TALOUS	26 %	23
---------------	------	----

HARRASTUKSET	23 %	21
---------------------	------	----